

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1898-1899. — N° 153

---

DE  
L'AGORAPHOBIE

---

*Ses rapports avec les Lésions auriculaires*

---

(Contribution à l'étude des Phobies)

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BARTHÉLEMY BRUN

Né à Bourg (Ain), le 25 juin 1872



LYON

IMPRIMERIE P. LEGENDRE & C<sup>ie</sup>

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1899







FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1898-1899. — N° 153

---

DE  
L'AGORAPHOBIE

---

*Ses rapports avec les Lésions auriculaires*

---

(Contribution à l'étude des Phobies)

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BARTHÉLEMY BRUN

Né à Bourg (Ain), le 25 juin 1872



LYON

IMPRIMERIE P. LEGENDRE & C<sup>ie</sup>

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—  
1899

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET . . . . . DOYEN.  
LACASSAGNE. . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

## PROFESSEURS

|                                                          |   |                 |
|----------------------------------------------------------|---|-----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                            | } | MM. LÉPINE.     |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                        |   | BONDET.         |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .          |   | OILLIER.        |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                       |   | PONCET.         |
| Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques. . . . . |   | FOCHIER.        |
| Clinique des Maladies mentales . . . . .                 |   | GAYET.          |
| Physique médicale. . . . .                               |   | GAILLETON.      |
| Chimie médicale et pharmaceutique . . . . .              |   | PIERRET.        |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                |   | MONOYER.        |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                  |   | HUGOUNENQ.      |
| Zoologie et Anatomie comparée . . . . .                  |   | CAZENEUVE.      |
| Anatomie . . . . .                                       |   | FLORENCE.       |
| Anatomie générale et Histologie. . . . .                 |   | LORTET.         |
| Physiologie . . . . .                                    |   | TESTUT.         |
| Pathologie interne. . . . .                              |   | RENAUT.         |
| Pathologie externe. . . . .                              |   | MORAT.          |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .           |   | TEISSIER.       |
| Anatomie pathologique. . . . .                           |   | AUGAGNEUR.      |
| Médecine opératoire. . . . .                             |   | MAYET.          |
| Médecine expérimentale et comparée . . . . .             |   | TRIPPIER.       |
| Médecine légale . . . . .                                |   | POLLOSSON (M.). |
| Hygiène . . . . .                                        |   | ARLOING.        |
| Thérapeutique . . . . .                                  |   | LACASSAGNE.     |
| Pharmacie. . . . .                                       |   | BARD.           |
|                                                          |   | SOULIER.        |
|                                                          |   | CROLAS.         |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes . . . . . M. LAROYENNE

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                     |             |         |
|-----------------------------------------------------|-------------|---------|
| Clinique des Maladies des Enfants . . . . .         | MM. WEILL., | agrégé. |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx. . . . . | LANNOIS.    | —       |
| Accouchements. . . . .                              | POLLOSSON.  | (A.) —  |
| Botanique. . . . .                                  | BEAUVISAGE, | —       |

## AGRÉGÉS

|                |         |         |                 |
|----------------|---------|---------|-----------------|
| MM.            | MM.     | MM.     | MM.             |
| DEAUVISAGE.    | ROLLET. | DURAND. | PAVIOT.         |
| CONDAMIN.      | ROUX.   | DOYON.  | NOVÉ-JOSSERAND. |
| COURMONT.      | COLLET. | BARRAL. | BÉRARD.         |
| DEVIC.         | BOYER.  | MOREAU. | BORDIER.        |
| POLLOSSON (A.) | VALLAS. | PIC     | SAMBUG.         |
| ROCHET.        | SIRAUD. |         |                 |

M. BEAUDUN, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;  
MM. COLLET et PIC, Agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

## PRÉFACE

---

S'il fut un temps où l'agoraphobie était une entité morbide primitive, une névrose émotive, la peur des espaces, comme disait Legrand du Saule, aujourd'hui elle est bien déchue. Du rang des protopathies elle est descendue à celui des syndromes.

Si elle eut les honneurs de la discussion dans les assemblées savantes, si elle eut pour la décrire et la défendre la parole et la plume de grands cliniciens, aujourd'hui elle n'a, le plus souvent, que l'oubli en partage. Ça et là seulement, au hasard des circonstances, des observations la signalent, le plus souvent à titre accessoire, au milieu d'autres phénomènes morbides.

C'est trop de décadence après tant de grandeur. L'agoraphobie est digne d'un plus grand intérêt. Elle n'est qu'un syndrome, soit, mais un syndrome remarquable par sa fréquence, douloureux par son angoisse, désespérant par sa ténacité et, souvent, gros de conséquences dans la situation sociale des malades — autant de titres lui donnant des droits à toute notre sollicitude.

Notre travail aura surtout pour but de mettre en évidence certaines conditions déterminantes fréquentes, mais non exclusives, de l'agoraphobie : les lésions auriculaires. Ces causes n'ont été signalées nettement jusqu'ici que par MM. Lannois et Tournier en 1898. Elles sont pleines d'intérêt autant par leur fréquence que par les indications thérapeutiques qu'elles nous donnent. Le traitement de la lésion auriculaire devient la base même de celui de la manifestation angoissante. *Sublata causa, tollitur effectus*, dit le vieil adage.

Nous donnerons à notre travail la division suivante :

- 1<sup>o</sup> Aperçu descriptif de l'agoraphobie ;
- 2<sup>o</sup> Nature de l'agoraphobie ;
- 3<sup>o</sup> Revue de l'étiologie donnée par les auteurs ;
- 4<sup>o</sup> Fréquence des lésions auriculaires comme facteurs étiologiques de l'agoraphobie ;
- 5<sup>o</sup> Discussion : Diagnostic différentiel entre la « pseudo agoraphobie » des vertigineux *ab aure læsa* et l'agoraphobie vraie ;
- 6<sup>o</sup> Essai de pathogénie ;
- 7<sup>o</sup> Pronostic et traitement.

A l'appui de notre travail nous joindrons quatorze observations, dont trois sont inédites.

Mais, avant d'aborder l'étude de notre sujet, il nous reste le devoir bien doux d'acquitter quelques dettes de reconnaissance.

Que M. le professeur Lépine, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre

thèse, veuille bien agréer l'hommage de tous nos remerciements; nous n'oublierons jamais ses savantes leçons qui resteront la base de notre instruction médicale.

M. le professeur agrégé Bouveret a bien voulu reporter souvent sur le fils les nombreuses marques de sympathie qu'il avait déjà si souvent données au père; nous le prions de vouloir bien accepter l'assurance de toute notre reconnaissance.

M. le professeur agrégé Lannois nous a accueilli avec une bienveillance constante; nous le prions de croire à notre sincère gratitude et de vouloir bien agréer l'hommage respectueux de ce travail qu'il nous a inspiré et dont nous lui devons la plus grande partie des matériaux.

Nous adressons nos plus vifs remerciements à M. le docteur Tournier à qui nous devons plusieurs observations; il a bien voulu nous sacrifier de longs instants pour nous initier à ses recherches et à des travaux destinés à paraître dans un jour prochain.

Nous n'aurions garde d'oublier les dettes de reconnaissance que nous avons contractées pendant notre internat à l'Asile de Saint-Robert, particulièrement à l'égard de M. le docteur Dufour et de M. le docteur Bonnet. Qu'ils veuillent bien agréer l'assurance de notre vive gratitude.

A tous nos amis, enfin, nous adressons des remerciements émus pour les preuves nombreuses qu'ils nous ont données de leur amitié; leur souvenir sera toujours dans notre mémoire.



## APERÇU DESCRIPTIF DE L'AGORAPHOBIE

---

L'agoraphobie est une anxiété vive, un sentiment angoissant très pénible, irrésistible, une sorte de terreur qui saisit certains prédisposés en présence d'un espace donné.

Au point de vue purement descriptif le syndrome agoraphobie, ou peur des espaces, a peu varié depuis Wesphal (1872), Perroud (1873), Legrand du Saule (1878), malgré le nombre sans cesse croissant d'observations curieuses dont s'est enrichie la littérature.

Au moment de s'engager sur une place, de traverser une rue, l'agoraphobe se sent envahir par une sorte de frayeur, par une angoisse irrésistible et insurmontable qui peut le clouer sur le trottoir. L'espace s'allonge à l'infini devant lui; le vide sans limite l'environne de toutes parts. Il lui devient impossible de faire un pas. Il cherche un appui contre un mur ou sur le bras d'un passant; il est sur le point de s'affaïsser.

Dans son *Traité de la neurasthénie*, M. Bouveret donne une remarquable description de cet accès

d'anxiété phobique. Nous la lui empruntons in-extenso.

« L'état du malade est parfois lamentable. Il pâlit; son pouls et sa respiration s'accélèrent; la tête lui tourne; la face et les extrémités se couvrent de sueurs froides; les jambes chancellent, tremblent, fléchissent; puis survient un état nauséeux très pénible, souvent accompagné de crampes stomacales. La sensation de dérobement des membres inférieurs peut être poussée si loin que le patient, affreusement tourmenté, est incapable de faire un pas pour se soustraire à l'objet de son anxiété. Si l'accès se prolonge, il aggrave les troubles digestifs, s'accompagne d'anorexie complète, de constipation ou de diarrhée nerveuse. »

Mais, chose curieuse, malgré l'intensité de ce phénomène émotif et de son retentissement organique, il suffit parfois d'un rien pour l'atténuer ou même pour le faire disparaître. Cet espace devant lequel ses jambes lui refusaient tout service, l'agoraphobe pourra souvent le franchir s'il peut poser sa main sur le bras d'un ami, sur l'épaule d'un enfant, sur la laisse d'un chien. Une canne peut lui suffire. Un autre effectuera son déplacement en suivant une voiture. Tel malade ne peut plus traverser les rues sans marcher derrière un journal qu'il feint de lire, qui dérobe l'espace à sa vue et sous lequel il voit sa route. Le plus souvent l'agoraphobe en est réduit à longer les murs.

Les auteurs rapportent à ce point de vue des faits anecdotiques bien curieux. Un tel n'aura pas

d'angoisse en traversant une place s'il a une grande préoccupation ou une conversation animée; que cette tension d'esprit disparaisse alors que la moitié du parcours est déjà effectuée et l'angoisse apparaît. L'accès peut encore éclater à la pensée du danger couru, alors que la traversée est complètement accomplie. Legrand du Saule rapporte le cas d'un officier qui n'avait de l'agoraphobie que lorsqu'il était en civil; son uniforme et son sabre au côté suffisaient à le rassurer et lui permettaient de franchir une place sans hésitation.

Quel est l'objet de cette angoisse ? Il est assez surprenant que des malades, fort intelligents, sont souvent dans l'incapacité absolue de définir le sujet de leur frayeur; ils savent qu'ils ont une sensation angoissante extrêmement pénible, et c'est tout. Chez d'autres malades l'angoisse prend une objectivité plus marquée, ou plutôt s'accompagne, dans la conscience, d'idées obsédantes diverses. « Il va t'arriver malheur; tu vas avoir une attaque; tu vas crier, divaguer; tu vas t'évanouir; tu vas être frappé d'apoplexie; on t'observe, tu vas passer pour un poltron, un être ridicule, un fou; tu vas avoir envie d'aller à la garde-robe; tu vas disparaître à jamais, rentrer dans le néant... »

L'idée seule d'espace, évoquée à leur esprit, peut provoquer l'angoisse. M. Bonnier rapporte le cas d'une jeune fille vertigineuse et agoraphobe, dont l'accès anxieux éclatait par la perception plus nette des bruits de la rue, si l'on ouvrait une fenêtre derrière son dos.

Certains en arrivent à se soustraire à toute tentative de traitement par peur de se voir, après guérison, à nouveau exposés sur une place, isolés et découverts. Ils s'opposent à la disparition de leur agoraphobie, par agoraphobie même.

Selon l'expression de Legrand du Saule, ces malades ont peur d'avoir peur.

L'agoraphobie se manifeste, le plus communément, en présence d'une place ou d'une rue. Mais il peut exister des variétés dans son objet. Certains ont leur accès phobique dans une église, devant l'immensité de la nef, au théâtre si les banquettes se vident, devant une longue perspective fuyante, dans les rues qui n'ont pas de boutiques, en face de longues murailles unies, etc., etc.

Telle est, en quelques lignes, l'agoraphobie au point de vue descriptif. C'est un sentiment d'angoisse extrêmement pénible, amenant fréquemment par degrés, le malade à restreindre le cercle de ses promenades ou de ses courses d'affaires, à se renfermer chez lui, à prendre des habitudes sédentaires, apportant souvent ainsi de grandes perturbations dans sa situation sociale.

Voilà pourquoi, quelles que soient la bizarrerie et l'étrangeté de son mal, l'agoraphobe est digne de tout notre intérêt et mérite toute notre sollicitude.

---

## NATURE DE L'AGORAPHOBIE

---

Si notre but, dans ce travail, est particulièrement de mettre en relief les lésions auriculaires comme des causes occasionnelles fréquentes de l'agoraphobie, il nous semble préalablement nécessaire d'essayer de montrer les différentes opinions émises sur sa nature.

En 1897, au Congrès de Moscou, MM. Pitres et Régis présentent un remarquable rapport sur la séméiologie des obsessions et idées fixes. Ils démontrent la filiation étroite qui relie certains états pathologiques, plus ou moins éloignés jusque-là les uns des autres dans la nomenclature. Ils réunissent ainsi en un même groupe, sous le nom d'états obsédants avec anxiété, les idées fixes, les obsessions, les angoisses, les phobies, etc. L'émotion anxieuse, l'angoisse est la caractéristique du groupe. Dans un essai de classification, dont les divisions se dessinent suivant l'influence plus ou moins prédominante de l'élément intellectuel, les auteurs distinguent : 1<sup>o</sup> Des états obsédants à anxiété diffuse ou panophobiques ; 2<sup>o</sup> Des états obsé-

dants à anxiété systématisée ou monophobiques ;  
3° Des états obsédants à idée anxieuse ou monodéiques. C'est parmi les seconds que se classerait l'agoraphobie.

Quelle que soit la valeur de cette classification, nous ne retiendrons qu'un fait : c'est qu'il reste parfaitement établi et indiscutablement démontré, à la suite de ce rapport, que les auteurs ont réuni là toute une série d'états morbides, tous marqués d'un sceau commun : l'anxiété. Anxiété plus ou moins vive, angoisse plus ou moins intense, voilà leur élément fondamental.

Ces états d'anxiété avaient été entrevus depuis longtemps. MM. Pitres et Régis, dans leur rapport, se sont bornés à les grouper et à les bien caractériser, sans chercher à leur donner une place dans la nomenclature. A ce point de vue, ils avaient été déjà considérés diversement par les auteurs qui en avaient abordé l'étude.

Ils semblent être tombés primitivement dans le domaine de la psychiatrie, d'abord enfermés dans le cadre de la folie avec conscience (Falret), plus tard, seulement mêlés aux stigmates de la dégénérescence mentale.

C'est, en effet, à l'article *Folie avec conscience* que M. Ritti, en 1876, traite de l'agoraphobie dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales*. Or, il est certain, comme dit M. Bouveret, qu'ils échappent à la définition générale de la folie par la persistance même de la conscience. Les malades se rendent compte de l'absurdité de leurs craintes ;

ils se raisonnent, ils s'admonestent ; ils luttent avec le secours de la raison et de la volonté, mais en vain ; contre leur anxiété, tout vient se briser, raison et volonté. L'angoisse, c'est la révolte de la conscience contre l'invasion d'une puissance étrangère. Elle se différencie essentiellement du délire ; « l'idée délirante peut être pénible suivant sa teneur ; mais elle n'est pas un élément hétérogène ; elle s'identifie à l'esprit par qui elle est acceptée, dès lors avec toutes ses déductions. » Par la persistance de la conscience rendue évidente par cette lutte qu'elle soutient ces états d'anxiété restent donc en dehors du cadre de la folie.

Aussi ce n'est que sur les frontières de cette dernière que MM. Magnan et Legrain rangent ces états névropathiques. Ils font de l'agoraphobie un stigmaté de dégénérescence qu'ils placent à côté des obsessions, des impulsions, de la folie du doute, de l'écholalie, etc. Il n'est pas douteux que certains états d'anxiété empruntent aux syndromes des héréditaires de nombreux caractères. Le terrain qui porte certaines phobies, par exemple, dites constitutionnelles, est entaché d'hérédité nerveuse chargée à prédisposition dégénérative ; leur début a lieu dans l'enfance ou à la puberté et, depuis ce moment, les manifestations anxieuses, nombreuses et variées, naissent, disparaissent, se succèdent, s'engendrent les unes les autres. Mais, à côté de ces phobies, comparables à des stigmates de dégénérescence, se rencontre un groupe de phobies dites accidentelles ou traumatiques, exemptes de toute tare dégénérative.

Elles apparaissent entre trente et cinquante ans, à la suite d'un choc moral violent ou de causes occasionnelles variées, alors que le terrain vient d'être préparé par des fatigues, du surmenage. Ce groupe d'états anxieux semble échapper au cadre de la dégénérescence qui, dès lors, peut paraître trop étroit pour renfermer tous les états d'anxiété.

A cette première opinion qui tendait à les admettre dans le domaine de la psychiatrie, une autre fut opposée. Depuis Beard, tous les auteurs qui ont traité de la neurasthénie, MM. Levillain, Bouveret Mathieu, Ball, Féré, Gilles de la Tourette ont admis ces états d'anxiété dans le tableau symptomatologique de la grande névrose. Et, pourtant, l'esprit ne laisse pas d'être perplexe lorsque, parcourant de nombreuses observations de ces états d'anxiété, on ne peut relever, à côté des manifestations anxieuses, aucun symptôme de neurasthénie, ni les troubles gastriques, ni le casque de la céphalée, ni la dépression mentale, ni l'impuissance génitale, ni l'aboulie, ni la rachialgie, etc., etc. Et l'on se demande alors si la neurasthénie est bien toujours le fond propre à ces états névropathiques.

A côté de ces deux opinions s'efforçant d'enfermer les états d'anxiété, l'une dans le domaine de la psychiatrie, l'autre dans celui de la neurasthénie, M. le Dr Tournier en émet une troisième.

Il propose de les distraire du cercle de la dégénérescence mentale et de celui de la maladie de Beard pour les mettre sur un terrain à part; il soutient que ces états d'anxiété doivent être réunis en un groupe

distinct et considérés comme les manifestations d'un état névropathique spécial à caractères tranchés, auquel il donne le nom de névrose d'angoisse.

M. le Dr Tournier se propose, à la suite de ses longues recherches cliniques, d'aborder prochainement l'étude complète de la névrose d'angoisse.

Dans plusieurs communications orales, il a bien voulu nous faire l'honneur de nous entretenir de ce sujet. La névrose d'angoisse est, à son avis, une véritable entité morbide nettement caractérisée par sa symptomatologie (émotivité, irritabilité, tristesse, pleurs sans motifs, angoisses, etc.), par sa pathogénie et, par-dessus tout, par son étiologie; à ce dernier point de vue en particulier, il considère comme cause déterminante essentielle la non satisfaction des besoins sexuels.

A côté de cette névrose, M. le Dr Tournier fait une place à une psychose d'angoisse dans laquelle il range ces états d'anxiété qui se manifestent sur un terrain à prédisposition dégénérative,

Pour notre part, en présence de ces opinions diverses faisant de ces états d'anxiété en général et de l'agoraphobie en particulier tantôt un stigmaté de dégénérescence, tantôt des états neurasthéniques avec ou sans prédisposition dégénérative ou encore une manifestation d'une névrose d'angoisse, nous ne saurions conclure.

---

## ETIOLOGIE DE L'AGORAPHOBIE D'APRÈS LES AUTEURS

---

Quand on parcourt la riche littérature de l'agoraphobie en quête des conditions susceptibles de la faire surgir, l'esprit reste surpris devant la diversité des causes qu'il rencontre.

Et, malgré leurs variétés, elles manquent, pour la plupart d'intérêt, car elles ne sont souvent que ces conditions étiologiques banales, communes à tant de manifestations névropathiques.

D'autre part, leur mode d'action nous échappe. Il n'est, généralement, pas possible de suivre le passage logique de la cause à l'effet. Le lien qui réunit le facteur étiologique donné à la manifestation malade est le plus souvent insaisissable.

En outre, il semble que, nulle part, on n'ait distingué les causes propres au développement du terrain névropathique des conditions qui font éclore l'agoraphobie sur ce terrain morbide.

Quoi qu'il en soit, si nous relevons les facteurs étiologiques indiqués par les auteurs, nous verrons que, avant le mémoire de MM. Lannois et Tournier

(1898), si on excepte l'unique observation de Robert (1894), nulle part les lésions auriculaires ne nous ont paru avoir été signalées parmi les causes déterminantes de l'agoraphobie, même par ceux qui ont noté les vertiges.

Cordes, le premier (1872), semble avoir étudié particulièrement le point de vue étiologique de la peur des espaces dont il donne, comme facteurs, un travail cérébral exagéré, des préoccupations morales vives, des maladies aiguës, les affections chroniques de l'estomac, l'abus du mercure et les excès vénériens, toutes causes qu'il croit devoir réduire à trois catégories : 1<sup>o</sup> fortes contentions d'esprit ; 2<sup>o</sup> excès de toutes sortes ; 3<sup>o</sup> troubles gastriques prolongés.

Perroud, de Lyon (1873, *Lyon Médical*), apporte, pour sa part, deux éléments nouveaux à l'étude étiologique de l'agoraphobie ; le premier il insiste sur ces deux facteurs importants : les vertiges et les défaillances des membres inférieurs.

Legrand du Saule (1878) ne donne de la « Peur des espaces » qu'une étiologie assez obscure : émotions vives de nature triste, grande contention d'esprit, travaux intellectuels prolongés, veilles renouvelées, excès vénériens, usage immodéré du café.

Bongrand (1878) à ces causes ajoute un certain trouble de l'équilibre et une difficulté plus grande dans la marche, ce qu'avait déjà signalé Perroud. Dans le même ordre d'idées, J. Sottas publie une observation d'agoraphobie liée à des névrites alcooliques.

Cherbewsky, de St-Petersbourg (1885), essaie de rattacher l'agoraphobie aux maladies du foie par un lien réflexe dont le plexus cardiaque serait l'intermédiaire.

A signaler aussi Nieden, de Bochum (1891), qui publie un cas d'agoraphobie liée à un rétrécissement du champ visuel.

M. Bonnier (1893) indique à nouveau la relation de l'agoraphobie avec les vertiges.

Somme toute, jusque-là, nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis de relever les lésions auriculaires dans l'étiologie de la peur des espaces.

Les facteurs que nous avons trouvés sont à peu près exclusivement des émotions vives de nature triste, une nouvelle terrifiante, inattendue, la mort subite d'une personne chère, la chance heureuse d'avoir échappé à un très grand danger, une commotion violente, une grande contention d'esprit, des travaux intellectuels prolongés, des excès vénériens, des abus de café, des maladies de foie, des troubles de l'équilibration et de la marche, des vertiges, etc.

Mais, parmi ces derniers, ne pourrions-nous rencontrer le vertige auriculaire? Reprenons donc, en détail, l'étude de ces vertiges ça et là signalés qui, seuls, en l'espèce, peuvent nous intéresser. Ils sont d'origines diverses; mais, nulle part, sauf peut-être pour un cas de Bougrand, il ne nous a semblé que l'attention ait été attirée spécialement sur le syndrome de Menière.

Westphal signale des vertiges chez un de ses ma-

lades; mais, sous l'influence des idées de Benedickt, de Vienne, il semble avoir songé exclusivement au vertige oculaire et l'examen ophtalmoscopique fut pratiqué sans résultat. L'examen de l'oreille n'est pas mentionné et ne semble pas avoir été fait.

Quand Perroud parle de vertige dans l'agoraphobie, c'est encore le vertige oculaire qu'il met en cause.

Bongrand, pour un cas d'agoraphobie, dit n'avoir rien trouvé du côté de l'oreille.

M. Bonnier (1) rapporte plusieurs observations d'agoraphobie liée à des vertiges par des rapports étroits de cause à effet. Mais il a spécialement en vue le vertige brigthique. Et, dans son livre sur le « Vertige », incidemment il écrit : « Le symptôme agoraphobie est, à notre avis, fréquemment associé au vertige brigthique, au moins dans ses formes simples. Les malades débutent par la peur des espaces dépourvus d'appuis et, peu à peu, la peur des espaces en général l'emporte et subsiste même quand le sujet ne peut craindre une chute. Un agoraphobe brigthique que nous avons guéri de son vertige et de son agoraphobie par le lait a parcouru en sens inverse toutes les étapes par lesquelles le vertige simple du début l'avait amené à une agoraphobie. »

Ainsi, parmi les auteurs qui ont signalé spécialement les vertiges dans l'étiologie de la peur des espaces, aucun ne nous a paru avoir eu en considération le vertige auriculaire.

(1) P. BONNIER. — Vertige. Collection Rueff.

Ce n'est qu'en 1894 que Robert, dans la *Revue de Médecine et Chirurgie pratiques* de Madrid, rapporte, pour la première fois, un cas d'« agoraphobie auriculaire » qu'il guérit par la dilatation de la trompe d'Eustache.

Ce sont précisément les lésions auriculaires, causes fréquentes, mais non exclusives de l'agoraphobie, qu'en 1898, MM. Lannois et Tournier ont mis en évidence à l'aide de nombreuses observations.

Ce sont ces mêmes lésions auriculaires, dans leurs rapports de cause à effet avec l'agoraphobie, dont nous voulons reprendre l'étude en apportant de nouveaux faits.

---

## **LES LÉSIONS AURICULAIRES SONT DES CAUSES FRÉQUENTES D'AGORAPHOBIE**

---

Cette revue rapide de la littérature de l'agoraphobie vient de nous montrer combien les lésions auriculaires et les troubles fonctionnels qu'elles entraînent, ont été peu remarqués, avant la publication du mémoire de MM. Lannois et Tournier, parmi les conditions qui font surgir la peur des espaces.

Nous pensons, avec ces auteurs, que les affections de l'oreille sont, au contraire, des causes fréquentes, de la peur des espaces. Nous n'en voudrions comme preuve que le nombre d'observations recueillies en ces quatre dernières années. Déjà, pour notre part, nous basons notre travail sur quatorze cas, dont trois sont inédits.

Par l'analyse de nos observations et par les résultats du traitement, nous nous proposons de faire ressortir ces liens étroits de causalité qui rattachent l'agoraphobie aux lésions auriculaires.

Mais, préalablement, nous tenons à nous défendre encore de tout exclusivisme. Si fréquentes que nous paraissent être les affections de l'oreille dans l'étiolo-

logie de l'agoraphobie, elles sont loin d'être les seules. Si nous les mettons en évidence, nous ne saurions nier l'influence d'autres causes déterminantes, nombreuses et fréquentes, de la peur des espaces.

La réalité et la fréquence de cette notion étiologique que nous défendons nous paraissent, aujourd'hui, susceptibles d'être démontrées. Si dans beaucoup de nos observations, il semble que l'on ne puisse souvent relever que le fait de la coexistence de troubles du côté de l'oreille et d'angoisse en présence d'un espace, dans d'autres cas, par contre, on assiste à l'éclosion simultanée des phénomènes auriculaires et de l'agoraphobie. Mais, fait bien autrement concluant et plein d'intérêt pratique, presque toujours le traitement dirigé avec succès contre les lésions auriculaires atténue ou fait disparaître du même coup l'anxiété agoraphobique, ces symptômes si tenace et si désespérant, disent tous les auteurs.

Dans un premier groupe de nos observations (Obs. I, III, V, VII, XI) il semble, à la rigueur, qu'il ne soit possible de relever entre les lésions de l'oreille et les manifestations anxieuses que le fait d'une coexistence de deux ordres de phénomènes morbides sans aucun rapport immédiat entre eux. Ces malades, tous souffrant de lésions auriculaires, ont des bourdonnements, des vertiges; mais ils ont, en même temps, de l'agoraphobie, de l'angoisse en présence des grands espaces. Nous verrons plus loin que, dans la plupart de ces cas, les résultats thérapeutiques rendent, pour ainsi dire, tangible le lien

qui réunit ces deux ordres de manifestations malades. Nous remarquerons, en outre, à propos de ce premier groupe d'observations que, presque toujours les troubles de la fonction auditive ont précédé l'éclosion de l'angoisse, remarque qui serait déjà une réponse à ceux qui admettraient l'inverse de notre proposition, à savoir que les troubles auditifs sont fonctions de l'agoraphobie.

Dans les observations IV, VIII, IX, X, XII, nous saisissons des relations plus étroites entre les deux ordres de phénomènes morbides; ce sont des rapports de simultanéité dans leur apparition et souvent aussi dans leur intensité. Chez le malade de l'observation IV, après une amélioration rapide, notable et simultanée des vertiges et de l'agoraphobie, grâce au traitement auriculaire, celle-ci renaît, dès que réapparaissent, plus tard, les troubles de l'ouïe. Une autre malade (Obs. XII), qui a de l'état vertigineux intermittent, n'a d'angoisse agoraphobique que pendant les périodes de vertiges. Dans les observations VIII, IX, XI, XIV, les rapports sont plus étroits encore : les malades, brusquement, ont eu un vertige, *ab aure læsa*, sur une place ou dans une rue et, de ce jour, ils ont été dans l'incapacité absolue de traverser les places et les rues : l'agoraphobie était née. Enfin, dans un autre cas (Obs. X) chaque accès phobique est précédé d'un sifflement dans l'oreille, phénomène assez caractéristique, puisqu'il n'existe pas, que nous sachions, dans le tableau descriptif des accès d'angoisse en général.

Cette notion étiologique que nous défendons dans l'agoraphobie trouve une preuve bien autrement concluante dans les résultats du traitement. Avec une thérapeutique presque exclusivement dirigée contre les lésions auriculaires, nous voyons s'atténuer ou disparaître simultanément la manifestation anxieuse et les troubles subjectifs de l'audition et de l'équilibre. Dans les observations I, VIII, XII, XIII, la guérison a été rapide et absolue; la malade de l'observation VIII, en moins de huit jours, a vu disparaître tous les phénomènes morbides. Si les observations II, IV, VI ne nous offrent pas de résultats aussi complets, ceux-ci n'en ont pas moins été très satisfaisants, équivalant presque à des guérisons.

Ces résultats, en particulier, ont été obtenus également chez ces malades dont l'histoire clinique seule ne semblait pouvoir permettre de conclure qu'au fait d'une coexistence des deux ordres de phénomènes morbides. Ces succès démontrent donc nettement, même dans ces cas, les rapports d'une causalité réelle entre les lésions auriculaires et l'agoraphobie.

Que pouvons-nous conclure encore de l'étude détaillée de ces observations? Nous pensons, avec MM. Lannois et Tournier, que si l'anxiété malade n'est pas toujours née de la terreur provoquée par un vertige auriculaire, dans la majorité des cas, des sensations auriculaires persistantes ont entretenu dans l'inconscient la phobie créée par un choc moral violent, sans rapport avec la lésion de l'oreille (apoplexie, crise nerveuse, spectacle impression-

nant). Les résultats thérapeutiques semblent démontrer cette hypothèse.

Une dernière question s'impose. Quelles sont les lésions auriculaires qui font apparaître l'agoraphobie? Question embarrassante. Il n'existe pas de lésions spéciales de l'oreille susceptibles de faire naître à coup sûr la peur de l'espace; toutes sortes de lésions peuvent être observées. Il faut incriminer surtout celles qui sont susceptibles de produire des troubles de l'ouïe: bourdonnements, sifflements, bruits divers ou des troubles de l'équilibration: état vertigineux, vertiges. Pour ces derniers, en particulier, leurs causes capricieuses permettent d'expliquer jusqu'à un certain point notre réponse évasive. N'a-t-on pas vu les plus énormes lésions de l'oreille, l'élimination totale de l'oreille interne, ne pas provoquer le moindre symptôme vertigineux, alors que le trouble le plus fugace des fonctions auriculaires pourra, en revanche, dans d'autres cas, développer les grandes formes du syndrome de Menière? (1)

En résumé si nous ne pouvons préciser et spécifier les lésions de l'oreille susceptibles d'engendrer des manifestations agoraphobiques, nous croyons avoir démontré, par l'analyse de nos observations et dans la mesure de nos forces, la réalité de ces rapports de causalité, d'une évidence plus ou moins immédiate si l'on n'envisage que le point de vue symptomatologique, d'une certitude presque absolue selon nous si l'on veut tenir compte des résultats thérapeutiques.

(1) BONNIER. — *Loco citato*.

## DISCUSSION

---

A peine l'agoraphobie auriculaire, selon l'expression de M. Robert, était-elle née, que des doutes furent émis non pas sur sa fréquence mais sur sa réalité même. Comme le syndrome de Menière, particulièrement dans sa forme continue, s'accompagne d'une appréhension bien naturelle des vertiges, on crut à une confusion et on conclut à la distinction nécessaire: 1° d'une pseudo-agoraphobie très fréquente dans le vertige de Menière, caractérisée par la préoccupation très rationnelle d'un sujet vertigineux, et, 2° de l'agoraphobie vraie, névrose émotive, sans qu'il existât le moindre rapport entre les deux ordres de troubles (1).

L'objection avait été prévue. « Nous ne confondons en rien, écrivaient MM. Lannois et Tournier, le vertige, l'état vertigineux et l'agoraphobie. Nos malades sont des agoraphobes. Nous en avons observé d'autres, beaucoup plus nombreux, qui, malgré un fond de névropathie évident, n'ont pas réalisé

(1) M. ESCAT. — Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, 1898.

l'agoraphobie à l'occasion de vertiges. L'une de nos malades, pendant six mois, évitait de sortir en raison de vertiges intenses, mais le voulant, pouvait parfaitement sortir sans éprouver d'angoisse, ressentant seulement la crainte très justifiée des vertiges. »

Il nous est donc nécessaire de démontrer que nous ne confondons nullement la pseudo-agoraphobie de la plupart des vertigineux avec l'agoraphobie vraie des malades de nos observations. En d'autres termes le problème a pour but de prouver que nos malades sont bien des agoraphobes.

Le syndrome de Ménière peut se présenter sous deux aspects différents : une forme dite apoplectique et un état vertigineux permanent avec ou sans accès paroxystiques.

Dans le premier cas, le malade éprouve un sentiment de translation soudaine dans une direction toujours à peu près la même et survenant à la suite d'un sifflement aigu se produisant dans une oreille où l'ouïe est obnubilée ; il a une sensation de constriction cervicale postérieure avec menace de culbute ; la culbute peut être effective ; il tombe quelquefois comme foudroyé sans jamais perdre connaissance ; il a des nausées et des vomissements. Quand il se relève, sa démarche est oscillante et incertaine. Cette attaque, qui peut être unique, se renouvelle généralement à des intervalles plus ou moins longs pendant lesquels l'équilibre ne subit aucun trouble.

Qu'à la suite de ces accès vertigineux intenses, accompagnés de chute, survenus brusquement dans

le cours d'une santé parfaite, il reste dans l'esprit du malade une crainte bien légitime de nouveaux vertiges, à cela quoi d'étonnant? Que cette crainte se réveille particulièrement en présence d'un grand espace dépourvu d'appuis, que devant une place à traverser, le malade réfléchisse et hésite, qu'il en longe les trottoirs plutôt que de la franchir en son milieu, traversée qu'il ferait néanmoins si la nécessité l'imposait, il n'y a rien là de surprenant. L'hésitation et la précaution sont rationnelles. Il n'y a pas d'agoraphobie.

Dans sa seconde forme, le syndrome de Menière se manifeste sous l'aspect d'un état vertigineux permanent avec ou sans paroxysmes. Cette forme succède si fréquemment à la première, que Charcot lui donnait souvent le nom de seconde période du syndrome. La sensation vertigineuse est atténuée, moins pénible, mais permanente; elle est établie à poste fixe toujours présente à un certain degré; elle subit, de temps à autre, sous l'influence de causes banales, telles qu'un mouvement brusque de la tête ou du corps, une exacerbation soudaine; les malades ne peuvent se déplacer sans le secours de deux cannes et encore leur démarche est incertaine; ils s'enferment chez eux et dans leurs appartements mêmes, ils ne peuvent se mouvoir que par déplacements successifs en passant d'un meuble à l'autre.

Cette deuxième catégorie de vertigineux a, certes, plus de droits encore que les premiers à la crainte rationnelle des vertiges; le souvenir des accès est entretenu vivace par la sensation vertigineuse per-

manente ; mais ils ont plus encore que le souvenir, ils ont la réalité et la menace constante. Si ces malades, qui ne peuvent même pas se déplacer dans leurs appartements sans le secours de points d'appui nombreux et proches, ne s'aventurent pas seuls au milieu d'une grande place, leur réserve est sage et prudente. Si la nécessité de cette traversée s'impose ils auront un instant d'appréhension et d'hésitation dictées par la froide raison, puis ils partiront, tombant trois, cinq, dix fois et plus, mais ils franchiront l'espace. Ces malades n'ont qu'une appréhension bien légitime des grands espaces dépourvus d'appuis. Ils ont, si l'on veut, une pseudo-agoraphobie.

Mais les malades de nos observations ont plus que cette crainte rationnelle des vertiges ; ils ont, eux, l'agoraphobie vraie, ils ont l'angoisse avec son décor saisissant. Soudain, dans leur conscience, en présence d'un espace, surgit un trouble profond, une peur insurmontable, irraisonnée et irraisonnable. Devant une place, l'anxiété paralysante les immobilise. En vain la raison fait entendre sa voix ; en vain la volonté apporte son secours puissant. Les raisonnements et les efforts se brisent, le plus souvent, contre l'angoisse. Et, s'il faut passer à tout prix, ils préfèrent glisser à terre que de faire un seul pas en avant. N'est-ce là que la simple appréhension rationnelle des vertiges chez un vertigineux ?

Cette angoisse, qui étreint leur conscience, se traduit encore, objectivement, par des manifestations à caractères bien nets. La plupart accusent une sen-

sation de vide dans la tête, de congestion cérébrale ; leurs jambes tremblent et fléchissent, menacent de ne plus les soutenir ; des sueurs couvrent leur corps ; ils ont de l'*angor pectoris*, des palpitations, des picotements dans les bras, des sensations d'étouffement, des crises diarrhéiques. Tous présentent, plus ou moins complet, le tableau de l'accès d'anxiété phobique que nous avons emprunté à M. Bouveret.

Dans son angoisse, le malade d'une de nos observations enlève son pardessus, sa redingote, déboutonne son gilet, comme pour se débarrasser d'un poids qui l'accable, d'un je ne sais quoi qui l'étreint et l'étouffe. Il faut, selon nous, pour expliquer ces actes, admettre un trouble profond de la conscience, autre chose, certes, qu'une simple crainte des vertiges chez un vertigineux (Obs. V).

Ce même malade présente encore dans son histoire un phénomène en l'espèce bien typique. Lorsqu'il veut traverser une rue, après beaucoup d'hésitation, et s'être souvent devêtu comme il est dit précédemment, il fixe un objet sur le trottoir opposé, puis il se précipite sur lui et passe ainsi en courant.

Un vertigineux, simplement préoccupé de ses vertiges, ne procède pas ainsi : il avance prudemment dans les mêmes circonstances ; il tente de fixer sa tête à son corps pour lui éviter toute oscillation, toute secousse brusque susceptible de produire un vertige ; sa démarche apeurée est lente, mais jamais il ne se livrera à une véritable course.

Et, en outre, son appréhension se manifeste par tout, *intra* et *extra muros*, du moment qu'il marche

mais elle cesse s'il reste immobile, assis sur un siège, sa tête et son corps bien assurés. Il faut donc admettre qu'il a autre chose que la crainte des vertiges, ce malade dont nous rapportons l'histoire qui n'a d'anxiété qu'à la ville, et jamais à la campagne, où il est appelé souvent par sa profession, qui est envahi par l'angoisse au théâtre ou à la terrasse des cafés, alors même qu'il est assis (Obs. IV).

Un certain nombre des malades de nos observations ont des bourdonnements et des vertiges de longue date et, depuis aussi longtemps, ils ont la crainte bien légitime de ces vertiges. Et pourtant, l'anxiété malade est récente, bien postérieure aux troubles fonctionnels de l'oreille, aux vertiges et à la pseudo-agoraphobie qui les accompagne; elle ne date que de quelques semaines, de quelques mois (Observ. I, IV, XI); ce sont les malades eux-mêmes qui l'ont reconnu.

Elle a donc, selon nous, des caractères distinctifs si tranchés et si nets avec la simple appréhension des vertiges chez un vertigineux, que les malades eux-mêmes, parfois, ne s'y trompent pas. Ils ont le sentiment qu'un élément nouveau, l'angoisse, s'est glissé dans leur état morbide primitif (Obs. III et VI).

De ce long exposé, nous croyons pouvoir conclure que les malades de nos observations n'ont pas simplement une pseudo-agoraphobie liée très fréquemment aux vertiges et aux états vertigineux, et qui n'est autre que l'appréhension bien rationnelle des

vertiges, mais qu'ils ont de l'agoraphobie vraie, caractérisée par l'angoisse avec ses manifestations organiques diverses, ses phénomènes vaso-moteurs avec ses troubles psychiques et la bizarrerie de son allure.

---

## ESSAI DE PATHOGÉNIE

---

Par quel mécanisme les affections de l'oreille peuvent-elles produire la peur des espaces ?

Nous poserons comme principe fondamental que l'existence d'un état névropathique est la condition *sine quâ non* de l'éclosion de l'agoraphobie. Si un individu ne remplit certaines conditions névropathiques, il n'éprouvera que la crainte très justifiée des vertiges, mais non la peur des espaces.

Nous avons signalé, au cours de cette étude, l'incertitude laissée dans l'esprit après la recherche des facteurs étiologiques donnés par les auteurs à l'agoraphobie, et surtout la difficulté et l'impossibilité fréquente de saisir leur mode d'action.

Les lésions auriculaires nous ont paru présenter un mécanisme plus uniforme. Nous pensons que, chez un individu prédisposé, comme nous l'avons admis, les lésions de l'oreille feront éclore, le plus souvent, la même manifestation anxieuse, l'agoraphobie ; qu'elles donneront à l'anxiété presque toujours le même objet, l'espace, par une sorte de systématisation logique de l'angoisse.

Cette systématisation d'un état névropathique sous l'action de causes déterminantes précises n'est, en somme, que le résultat depuis longtemps reconnu de l'influence des troubles des plexus nerveux périphériques sur les phénomènes de l'activité mentale.

Pour le mieux faire comprendre, nous emprunterons à Marcé l'exemple suivant (1). Il s'agit d'un monomane sans cesse tourmenté par la crainte angoissante de voir adhérer à ses doigts des aiguilles, des épingles, des corps pointus (aïchmophobie); aussi examinait-il ses mains à chaque instant du jour. J'ai constaté, ajoute Marcé, par des examens réitérés, qu'il y avait une anesthésie complète de la main et que ce fait n'était pas sans influence sur les productions des idées délirantes et de certains actes qui s'y rattachent. Cette perte de la sensibilité, selon nous, avait jeté dans la conscience un sentiment d'inconnu dans les rapports avec le monde extérieur; chez un individu sain serait née une appréhension bien naturelle de se blesser; chez le névrosé anxieux, l'aïchmophobie était apparue.

C'est par une application de cette systématisation de l'angoisse que Perroud, sur le sujet qui nous occupe, expose le mécanisme de formation de l'agoraphobie sous l'influence des vertiges et des défaillances des membres inférieurs chez certains névropathes. Il écrit : « Le malade hésite à s'aventurer loin des objets qui pourraient lui servir de points d'appui

(1) MARCÉ. — Des altérations de la sensibilité. Thèse d'agrégation, 1860.

en cas d'accident ; dans les rues il se tient à la portée des maisons. C'est avec une certaine appréhension qu'il traverse la chaussée, et son appréhension est plus grande encore quand c'est une place qu'il faut franchir ; peu à peu, l'état névropathique aidant, cette appréhension devient malade, et c'est bientôt de la terreur, une véritable angoisse que le sujet éprouve quand il se sent seul et isolé au milieu d'un espace étendu. C'est une sorte de terreur du vide qu'il ressent, il est comme cloué en place et ne peut plus ni avancer ni reculer, persuadé qu'il ne pourrait le faire sans danger. Alors l'agoraphobie est faite. »

L'agoraphobie consécutive aux lésions de l'oreille reconnaît-elle le même mécanisme ?

Il n'est pas douteux que dans la grande majorité des cas, l'agoraphobie dérive, par transformation anxieuse, de la crainte légitime que fait naître le vertige *ab aure læsa* et, dans ces cas, elle est susceptible de suivre point par point le mécanisme indiqué par Perroud.

Mais, selon nous, ce n'est pas là ce qu'il conviendrait d'appeler la véritable agoraphobie auriculaire ; elle n'est pas née primitivement de la lésion de l'oreille, elle n'apparaît que secondairement, engendrée par l'état vertigineux ; elle n'est pas la peur de l'espace, mais la peur d'une chute ridicule au milieu de cet espace.

L'agoraphobie véritablement auriculaire, qui peut apparaître sans trouble de l'équilibration, qui peut coexister avec les vertiges sans en dériver, tout en

reconnaissant une origine commune, l'altération de l'ouïe, admet, à notre avis, un autre mécanisme.

Dans ces cas, certes de beaucoup les moins nombreux, l'agoraphobie n'a pas été primitivement la crainte d'une chute, mais la peur angoissante du vide, engendrée par l'insuffisance du processus psycho-physiologique qui fait naître en notre conscience la notion de l'espace.

La notion de l'espace est une conception synthétique qui a des origines diverses. Elle puise ses éléments dans plusieurs de nos organes des sens : l'œil, l'oreille, la surface tactile. Ces organes ont une double fonction : la vision se complète par un sens de l'espace visible ; l'audition, par un sens de l'espace ébranlé ; le toucher, par un sens tactile de l'espace. La notion résulte d'une synthèse des sensations fournies par ces différents sens ; ces sensations se superposent, se complètent et se contrôlent. Avec la notion se définit notre orientation objective et subjective.

Que le contingent des éléments exigés de l'organe de l'ouïe soit absent, incomplet ou dénaturé, du fait des lésions auriculaires, les enseignements de la vision et les sensations kinestésiques restent sans contrôle. Les trois ordres d'éléments de la synthèse ne s'étayent plus les uns les autres ; l'orientation, tant subjective qu'objective, est mal assurée et confuse ; la notion de l'espace reste imprécise, indéterminée, sans limite et le sentiment du vide apparaît.

Cette insuffisance de l'orientation, sorte de vertige

mental, retentit alors sur les organes de l'équilibre et engendre les troubles de l'équilibration (1).

Mais cet inconnu, ce vide a impressionné douloureusement la conscience ; l'instinct de la conservation, dans sa forme défensive, réagit ; une appréhension bien légitime apparaît. Mais, chez le névropathe prédisposé, qu'il y ait eu, ou non, des troubles de l'équilibration, la réaction instinctive est, d'emblée, la peur angoissante du vide, de l'espace sans limite, l'agoraphobie en un mot.

On conçoit aisément que cette imprécision de la notion de l'espace et la terreur angoissante qui en dérive, se manifestent surtout en présence d'une grande place, alors que l'individu débouche d'une rue, par exemple, et que ses sens se mettent en éveil par une sorte d'attention organique inconsciente.

Il est encore possible d'admettre que l'angoisse première se grave dans la mémoire affective, entretenue dans l'inconscient par la lésion auriculaire, pour réapparaître, vivace, dans les circonstances au milieu desquelles elle est née.

Dans notre hypothèse encore, nous croyons pouvoir expliquer le mécanisme d'action de ces subterfuges variés que trouve chaque malade pour dissiper son angoisse et franchir une place. C'est, selon nous, un supplément de sensations visuelles ou kinesthésiques que recherche ainsi l'agoraphobe, pour suppléer à des sensations auditives absentes

(1) MENDEL — Société de Médecine de Berlin, 1895.

ou dénaturées, pour fixer son orientation, pour placer, en quelque sorte, des jalons dans le vide. Et nous ne pouvons, à ce propos, nous empêcher de songer à cette malade, dont nous rapportons l'histoire (Obs. XII), qui ne put remettre une voilette devant ses yeux que du jour où les phénomènes agoraphobiques, nés d'une lésion de l'oreille, eurent disparu.

Comme conclusion dernière, nous dirons que des lésions oculaires ou du sens tactile de l'espace, tout autant que des lésions auriculaires, pourront faire naître, à leur tour, l'agoraphobie, en jetant de même l'imprécis dans la notion de l'espace et de notre orientation.

En résumé, si l'agoraphobie, engendrée par les affections de l'oreille, reconnaît, le plus souvent, le mécanisme exposé par Perroud et auquel nous ne saurions rien ajouter, nous pensons que, néanmoins, l'angoisse pourra dériver, non plus de la crainte rationnelle d'une chute chez un vertigineux, mais de l'imprécision de l'orientation et de l'apparition dans la conscience du sentiment du vide.

---

## PRONOSTIC — TRAITEMENT

---

Le syndrome agoraphobie, comprend deux éléments, dont chacun doit être étudié séparément au point de vue du pronostic : d'une part, l'état névropathique du sujet, le terrain en un mot ; d'autre part, les causes occasionnelles qui font éclore les accès anxieux, c'est-à-dire, pour notre cas particulier, les lésions auriculaires.

L'état névropathique est-il curable ? Il semble bien que le traitement ait sur lui une certaine influence ; il semble que le nervosisme soit susceptible d'être considérablement atténué. L'état névropathique lui-même peut donc être curable, et l'on pourra, par le traitement, en guérir non seulement les manifestations, accès anxieux, mais encore le fond lui-même. Dans d'autres cas, cependant, on doit considérer ce fond névropathique comme constitutionnel, dépendant, sans doute, avant tout de l'hérédité du sujet ; c'est alors surtout qu'il faudra chercher dans les causes occasionnelles la clef du pronostic de l'agoraphobie.

Ces causes occasionnelles sont, dans nos obser-

vations, les lésions de l'oreille. Sclérose tympanique, perforation du tympan, sclérose et brides cicatricielles de la caisse, catarrhe, soit de la cavité de l'oreille moyenne, soit de la trompe, oblitération de la trompe dans un cas, telles sont les lésions qui ont été rencontrées. Or, il est bien démontré qu'un traitement rationnel peut avoir sur ces diverses lésions une influence curative des plus puissantes, et que, tout au moins, si la lésion elle-même persiste malgré tout, les troubles fonctionnels qu'elle cause, bruits objectifs et vertiges, sont, la plupart du temps, supprimés ou, tout au moins, considérablement atténués. Il en résulte, et c'est ce que montrent nos observations, que les accès d'agoraphobie pourront être, le plus ordinairement, guéris par un traitement s'adressant principalement aux lésions auriculaires.

Le malade sera donc, d'abord, soumis à une thérapeutique dirigée contre l'état névropathique. Cette indication sera remplie particulièrement par le traitement bromuré prolongé ; les doses seront faibles ; deux grammes environ de bromure de potassium par jour en feront les frais. On pourra y ajouter l'hydrothérapie et un régime approprié.

Il est aussi un facteur thérapeutique d'ordre général avec lequel on devra compter souvent. Il a été nettement signalé par Perroud, et mis en pratique par la plupart des auteurs. Nous voulons parler de la suggestion que le médecin doit exercer sur le malade ; il faut le rassurer sur son affection, augmenter sa confiance en ses propres forces, l'en-

traîner peu à peu à vaincre son angoisse en lui faisant traverser des espaces de moins en moins restreints.

Ce traitement général institué, il faudra passer au traitement local ; celui-ci doit être énergique, car, comme nous l'avons vu, il a toujours la plus heureuse influence sur les accès d'agoraphobie et, dans quelques cas, il est le seul dont on soit en droit d'attendre un résultat. Il consistera avant tout en séances de cathétérisme de la trompe d'Eustache avec insufflation dans la caisse. Dès les premières séances, l'amélioration se manifestera presque toujours ; pour qu'elle soit durable, il faut que les cathétérismes soient faits régulièrement deux fois par semaine, et continués assez longtemps. La trompe est-elle imperméable, on en fera la dilatation avec de fines bougies, avant de pratiquer des insufflations. Si la sclérose tympanique est très marquée, il faudra ajouter des applications émollientes faites par le conduit auditif externe : glycérine ou huile de vaseline stérilisée tous les jours. Des adhérences très étendues ou un catarrhe abondant de l'oreille moyenne pourront nécessiter, dans quelques cas, la paracenthèse du tympan. Enfin, dans les cas où des vertiges très intenses domineraient la scène, on pourrait essayer le traitement de Charcot par le sulfate de quinine à hautes doses.

OBSERVATION I

(Résumé) (1).

(ROBERT. — *Rev. de med. y cirurg. pract.* Madrid 1894.)

Mlle D. A..., 37 ans. Bonne santé habituelle. Tempérament lymphatique nerveux. Menstruation normale.

En 1890, grippe légère à forme thoracique; convalescence longue. Léger bourdonnement intermittent dans l'oreille gauche; pendant l'été 1892, il devient continu et si intense qu'il réveille parfois la malade la nuit. L'acuité auditive, à gauche, s'atténue. Etat général bon; un certain nervosisme caractérisé par des troubles digestifs, des angoisses et des palpitations. La malade n'a pas trop d'inquiétude sur son état.

Elle voyage; mais elle revient avec le désir de se reposer dans la solitude et la tranquillité; suit une période de rémission avec atténuation des phénomènes morbides et espoir de guérison.

A la suite d'une impression désagréable pendant une promenade, il y eut une recrudescence brusque des symptômes auriculaires et nerveux; un certain état, comme l'ivresse, prédominait qui obligea la malade à demander l'appui d'un bras pour rentrer chez elle. Après un peu de repos, elle commença à se calmer et tout fut attribué à l'émotion subie.

Peu de jours après, au moment de sortir et avant que le souvenir de ce qui s'était passé ne lui fût revenu, elle commença à ressentir un malaise général et, depuis, chaque fois qu'elle sortit dans Madrid, elle éprouva les mêmes symptômes.

C'est à ce moment (1893) que l'étude des symptômes, analysés avec une clarté parfaite par la malade, permit *a priori* de poser le diagnostic d'agoraphobie, puisque toujours ce malaise se produisait dans la rue, avec angoisse, palpitations et peur des mouvements de la foule. *A posteriori*, l'agoraphobie fut qualifiée d'auriculaire parce que le traitement démontra que la lésion anatomique, cause de ces diverses manifestations, résidait dans l'oreille.

(1) Nous devons la traduction de cette observation à l'obligeance de notre camarade P. Aubert.

Examen des oreilles : oreille et audition normales à droite. L'oreille gauche ne percevait la montre qu'au contact par application aux apophyses mastoïde, zygomatique, etc. ; le bourdonnement était continu, en jet de vapeur ; le tympan était blanchâtre avec un léger enfoncement. Par application du spéculum pneumatique, on observait une grande diminution des mouvements du tympan ; à la compression, l'enfoncement s'exagérait sans pouvoir disparaître complètement à l'aspiration. La perception du diapason par la voie solide était à peine exagérée. Le cathétérisme fut pratiqué et montra une complète perméabilité à droite, une imperméabilité absolue à gauche. Ni sucre, ni albumine.

Traitement : Simples lotions émollientes pharyngo-nasales, comme prélude de la dilatation tubaire.

La bougie filiforme molle ne parvient à la caisse qu'à la septième séance. Dès lors les cathétérismes sont, de jour en jour, plus avantageux et la malade éprouve le bénéfice du traitement ; le bourdonnement se modifie jusqu'à disparition complète ; la montre peut être entendue jusqu'à six centimètres du pavillon. Au bout de huit à dix séances, la malade qui, au début, demandait à être accompagnée, vient seule et se réjouit de la fermeté de sa tête et de ses jambes dans la rue où elle n'éprouve plus la moindre angoisse.

La guérison commence fin décembre 1893. Le 23 février 1894, la dilatation est complète et la disparition de l'agoraphobie absolue.

## OBSERVATION II

(Dr LANNOIS. — Résumée).

M<sup>me</sup> R..., 26 ans, se présente pour la première fois, le 14 janvier 1898. Dans son enfance, écoulements d'oreille. Il y a un mois, nouvel écoulement à droite qui s'est arrêté après traitement.

Depuis 5 ans, bourdonnements et vertiges ; les bourdonnements sont constants et la fatiguent beaucoup. Les vertiges sont parfois assez intenses, reviennent par accès, s'accompagnent de vomissements et l'obligent au repos au lit, parfois trois ou quatre jours de suite.

Elle a, en outre, de l'agoraphobie très manifeste ; à l'idée de traverser une place ou même une rue un peu large, elle est prise d'angoisse avec une sensation de vide dans la tête, sueurs froides, picotements dans les bras, défaillance des jambes. Tous ces symptômes sont plus accusés chez elle, si elle monte à cheval ou si elle fait une promenade en voiture ; elle est obligée de fermer les yeux dès qu'elle a quitté les rues de la ville et qu'elle voit devant elle l'espace de la grande route et des champs.

D'autre part, la malade est nerveuse, d'un caractère triste. Pas de stigmates hystériques.

Le tympan droit présente une cicatrice mince et une perforation circulaire en bas et en arrière. A gauche, le tympan est également très cicatriciel et infiltré de sels calcaires.

Weber gauche. Rinne négatif à gauche, positif à droite.

La montre est perçue à trois centimètres à droite, au pavillon à gauche. Le traitement a consisté en applications locales dans l'oreille droite (acide borique), en bromure à l'intérieur et en cathétérismes qui amenaient un soulagement immédiat mais peu durable.

Au mois de mars, l'oreille droite était complètement cicatrisée, l'audition légèrement augmentée (dix centimètres à droite, deux à trois à gauche) et l'agoraphobie presque disparue, ce que la malade attribuait à la diminution très appréciable des vertiges.

### OBSERVATION III

(D<sup>r</sup> LANNOIS. — Résumé.)

M. Ch..., 40 ans, vient se montrer en mars 1898 ; depuis 7 ans, vertige de Ménière, chutes brusques, sans perte de connaissance ; sensation de faire en arrière des culbutes incessantes, en roulant sur lui-même. Ces ictus sont de courte durée, pas de vomissements immédiats, mais pendant huit jours, état nauséeux très pénible.

En dehors des grandes attaques qui n'ont été qu'au nombre de trois, il est habituellement vertigineux.

Surdité complète de l'oreille droite, dont il s'est aperçu peu de temps après sa première crise ; l'oreille gauche est normale.

Il n'entend pas la montre au contact osseux, latéralise à gauche le diapason vertex, mais le perçoit cependant un peu par l'air et sur l'apophyse mastoïde droite. Légère sclérose du tympan avec bride dans le segment postérieur.

Le malade, qui est très intelligent et analyse nettement ses sensations, distingue ses accidents vertigineux d'autres troubles qui constituent, en réalité, l'agoraphobie. En face d'une place ou d'une rue, il est pris d'une sensation angoissante dès qu'il a mis le pied en bas du trottoir. Il lui semble qu'il va rouler et culbuter en avant, il se jette brusquement en arrière, puis, au bout d'un instant, se décide à passer. Le plus souvent, il ne s'y résout que s'il est accompagné, même par un petit enfant de quatre ans, dont il tient la main.

Ce malade n'a pas été suivi.

#### OBSERVATION IV

(Docteur LANNOIS) — (Résumée.)

M. Claude F..., 40 ans, a eu des otorrhées, dès l'enfance, et ses deux tympans sont cicatriciels avec de larges plaques calcaires. Depuis plus de quinze ans, rhinite atrophique avec ozène. Est albuminurique depuis plusieurs années et sait, depuis un mois, que son urine renferme plus de 10 gr. de sucre par litre.

A des vertiges depuis huit ans ; ne tombe jamais, mais est souvent vertigineux ; nausées et vomissements.

Bourdonnements et surdité depuis trois ans. L'oreille droite ne perçoit la montre qu'à un centimètre et la gauche qu'à douze centimètres. Weber négatif ; le Rinne est positif des deux côtés, quoique plus faible à droite.

Il y a de l'agoraphobie très nette depuis six à huit mois seulement. Il ne peut traverser ni la place Bellecour, ni celle des Terreaux ; s'il doit traverser une rue, même un peu large, il a brusquement la sensation qu'il va tomber en avant, il se raidit et croit qu'il va tomber en arrière. En même temps, il a une sensation de congestion cérébrale, puis se couvre de sueurs froides, a de l'angoisse thoracique.

Il dit qu'il peut traverser les ponts en suivant les parapets ; pour traverser une rue, il attend qu'une voiture vienne à pas-

ser en marchant lentement et il traverse obliquement, en la suivant le plus possible. Il est incapable de rester au théâtre à cause de l'espace qui s'étend devant lui et quitte souvent la terrasse des cafés à cause de l'espace et du mouvement qui se fait dans la rue. Comme phénomène particulier, il n'a jamais l'angoisse agoraphobique à la campagne où l'appelle souvent son métier de commis-voyageur.

Le malade, qui se soignait, d'ailleurs, depuis longtemps déjà par le régime lacté non exclusif, fut rapidement amélioré par trois ou quatre séances de cathétérisme. Au bout de douze jours, il traversait les rues sans y penser, mais pas les places. L'audition s'était élevée à sept centimètres à droite et à vingt-deux à gauche, ce qui lui paraissait suffisant. Il attribuait nettement son amélioration à la disparition du vertige.

Revu un an après son traitement, au mois de mars (1898), il se trouvait très bien au point de vue des vertiges et de l'agoraphobie, mais dès que ces premiers réapparaissaient, l'agoraphobie se montrait à nouveau, quoique très atténuée.

#### OBSERVATION V

(D<sup>r</sup> LANNOIS. — (Résumée.)

M. Gustave B..., 39 ans, est un neurasthénique, facilement émotif. Depuis trois ans, bourdonnements dans les deux oreilles.

Double otite moyenne sclérosante plus accusée à gauche. L'audition pour la montre est de trente centimètres à droite et de dix centimètres à gauche. Weber positif à gauche ; Rinne positif des deux côtés.

Vertiges assez nets, lorsqu'il marche vite, tourne ou lève la tête. Il titube, se raccroche aux objets environnants, mais n'est jamais tombé.

Comme phénomènes agoraphobiques, il ne traverse jamais une place, mais la contourne en suivant les trottoirs. Même pour traverser une rue, il est pris d'une sensation angoissante, il lui semble que la tête se congestionne, que les jambes lui refusent tout service ; il éprouve une sensation de chaleur avec sueur qui lui fait ôter son pardessus ou déboutonner sa redingote et son gilet. Lorsqu'après beaucoup d'hésitation il se

décide à traverser une rue un peu large, ce n'est qu'en fixant de l'autre côté un objet sur lequel il se dirige précipitamment, presque en courant.

Le malade n'a été vu que trois fois et n'a pas été modifié, malgré un traitement, d'ailleurs assez irrégulier, dans la ville qu'il habite.

## OBSERVATION VI

(Dr LANNOIS. — Résumée.)

Le nommé G..., 53 ans, est mécanicien ajusteur ; a fait des excès alcooliques mais n'est pas albuminurique. Il ne sait depuis combien de temps il est dur d'oreilles ; a eu son premier vertige, il y a deux ans ; aucun jusqu'au mois de mai 1897 ; depuis (30 novembre 1897) il en a eu trois, intenses, dont le dernier il y a 15 jours ; ce sont de grands vertiges.

Depuis le dernier, il est gêné pour marcher et surtout pour descendre les escaliers. Il a, des deux côtés, mais surtout à gauche, un bourdonnement. Les deux tympans paraissent enfoncés avec épaissement en arrière et conservation du triangle lumineux. L'audition est très abaissée : à gauche, il n'entend la montre qu'au contact du pavillon et à droite qu'à quatre ou cinq centimètres.

Outre l'état vertigineux, il a de l'agoraphobie qu'il sait bien distinguer des autres phénomènes qu'il éprouve. C'est ainsi qu'il a l'angoisse caractéristique lorsqu'en venant de chez lui il arrive sur le quai et voit devant lui la largeur du pont, qui lui paraît immense. Il ne peut traverser qu'appuyé au bras de sa femme. Il en est de même pour les places.

KBr et cathétérismes. Dès la troisième séance il n'était venu qu'avec une petite fille de sept ans. Sur mon affirmation qu'il pouvait le faire, il traversa la place Bellecour. A ce moment, l'audition avait augmenté jusqu'à dix centimètres à droite et deux à gauche. Les vertiges étaient très atténués.

## OBSERVATION VII

(D<sup>r</sup> LANNOIS. — Résumé.)

Mlle A. B... a été vue, pour la première fois, en 1891, pour une petite perforation persistante consécutive à une otite moyenne aiguë. Elle avait, à ce moment, 19 ans, elle était très nerveuse et avait même eu des crises d'hystérie six mois auparavant.

Il y a quelques mois, l'otite reparut avec un écoulement abondant qui céda, d'ailleurs, rapidement, mais en laissant à la partie moyenne du segment antérieur une perforation grosse comme une pointe d'épingle.

A ce moment la malade était surtout préoccupée de vertiges avec bourdonnements dans l'oreille droite. Elle présentait, en outre, très nettement de l'agoraphobie avec impossibilité de traverser les espaces un peu grands. Elle espérait beaucoup de distraction d'un voyage à Paris, mais elle revint avant l'époque fixée, parce que le mouvement de Paris, les larges espaces à traverser déterminaient une angoisse insurmontable.

## OBSERVATION VIII

(D<sup>r</sup> TOURNIER.)

Mme F..., Lyon, 25 ans, mère nerveuse, mais en bonne santé. Dans l'enfance, chorée ; en 1893 grossesse ; enfant bien portante.

Consécutivement à la grossesse, manifestations de palpitations, d'asthénie et amaigrissement considérable. En 1896 (mai) on constate un rétrécissement mitral accentué.

En janvier 1897, la malade, qui a été vue à plusieurs reprises, va bien comme état général et état cardiaque, mais elle reste émotive.

Il y a quatre jours, se trouvant dans la rue, elle a éprouvé un vertige suivi immédiatement d'angoisse, de peur de se trouver mal.

Depuis, elle n'a pu sortir seule ; dans la rue, elle marche le long des murs, et peut faire quelques pas, mais avec anxiété et elle n'oserait traverser la rue.

A l'examen, état nerveux. Léger tremblement des mains.

Diminution de l'acuité auditive des deux côtés, spécialement à droite. Petits bouchons de débris épidermiques ; état de desquamation du conduit auditif, près du tympan d'aspect blanc.

*Traitement.*—Lavage de l'oreille, cathétérisme explorateur de la trompe et insufflation d'air. KBr, deux grammes le soir.

Dès le lendemain, amélioration. Guérison de l'agoraphobie en huit jours.

En août 1897, à nouveau quelques vertiges. Spontanément, de crainte de l'agoraphobie, la malade est venue solliciter un cathétérisme. La guérison persiste en juin 1898. La malade n'éprouve pas non plus de manifestation nerveuse, mais reste un terrain à phobie. Ainsi, en octobre 1897, sa mère ayant la fièvre typhoïde, la malade n'a pu vaincre la terreur inspirée par cette affection et n'a pu aller voir sa mère pendant toute la durée de sa maladie.

#### OBSERVATION IX

(Dr TOURNIER.)

M<sup>me</sup>..., habitant Lyon, 30 ans environ ; deux enfants.

Pas d'antécédents héréditaires.

La malade, en 1895, a éprouvé sur une place, un vertige ; elle a failli tomber. Elle a éprouvé une véritable terreur de cet incident.

Depuis cette époque (1<sup>er</sup> examen en mars 1897), la malade n'a absolument pas pu sortir seule. Le syndrome agoraphobique existe au complet. La malade a peur également de la solitude.

Antérieurement, elle était nerveuse, très émotive.

Quelques semaines avant le début de l'agoraphobie, mort d'un des enfants de la malade. D'autre part, elle est jalouse ; rapports sexuels très rares avec son mari (tous les trois ou quatre mois). La névrose d'angoisse existe au complet avec émotivité, tristesses et pleurs sans motifs, angoisses, etc. Fréquemment, bruit dans les oreilles. Quelques troubles gastriques.

L'examen a montré : pas de stigmates hystériques. Un peu de tremblement. Catarrhe gastrique léger et atonie. Acuité au-

ditive très diminuée à l'examen avec la montre, qui est perçue à 0 m. 20 c. au lieu de 1 m. 50. Tympan un peu scléreux.

*Traitement.* — KBr, 3 grammes par jour.

Insufflation d'air par les trompes d'Eustache. La malade, depuis mars 1897, a été revue 5 ou 6 fois ; en décembre 1897 et janvier 1898, elle a eu la grippe.

L'agoraphobie a été nettement modifiée lors du dernier examen (mai 1898) : la malade pouvait sortir seule, non, cependant, sans encore un peu d'anxiété.

Les troubles digestifs étaient très améliorés, il persistait de la constipation.

L'état nerveux était amélioré mais non guéri. La malade, moins émotive, dormait mieux la nuit, avait encore des tristesses, quelques angoisses si elle restait seule chez elle.

#### OBSERVATION X

(Dr TOURNIER).

Mme S..., de B... (Côte-d'Or), 26 ans. Mariée. Pas d'enfants. Mère vivante, un peu nerveuse, mais sans phobies. Plusieurs sœurs vivantes, un peu nerveuses.

Dans l'enfance, impressionnabilité nerveuse modérée. A 12 ans, fièvre typhoïde. A 17 ans, menstruation, toujours régulière depuis ; anémie à cette époque et fréquemment inappétence.

Dans l'enfance, fréquentes diarrhées ; ultérieurement constipation habituelle.

Le mariage a été suivi d'une accentuation du nervosisme, avec surtout des manifestations d'angoisse précordiale, des étouffements, des pleurs.

Il y a quatre ans, début aigu d'une angine avec frissons. La malade, se trouvant seule chez elle, a été prise de frayeur, de terreur de la mort. Ce souvenir est très présent à son esprit. Elle a eu, pour la première fois (et jamais ultérieurement) une crise avec demi-perte de connaissance, étouffement à la gorge, crispation des membres.

Pendant cette angine, la malade a éprouvé quelques élancements dans les oreilles et surtout a ressenti des bruits, des sifflements.

Lorsqu'elle a essayé de se lever, au bout de huit ou dix jours, elle a été prise d'une douleur vive dans un genou. Un badiageonnage avec de la teinture d'iode vieillie a déterminé une véritable brûlure.

C'est seulement au bout de deux ou trois mois que la malade qui, pendant toute cette période, avait été très vivement préoccupée, a essayé de sortir.

Mais elle a alors été atteinte d'une peur violente des espaces, ne pouvant même traverser la rue. Elle avait également la phobie de la foule et des chemins de fer.

Ces phobies ont été très intenses pendant six mois, puis se sont progressivement atténuées. Actuellement, il persiste encore un peu de phobie de la foule.

Pendant toute cette période, persistance des bruits auriculaires, atténués, eux aussi, cependant. Très nettement, les angoisses phobiques ou précordiales sont précédées d'un sifflement dans les oreilles.

Depuis un an ou deux, les manifestations nerveuses, indépendamment de l'état constant d'impressionnabilité avec pleurs, tristesses, sont surtout des accès brusques de tremblement général, puis d'étouffement avec angoisse précordiale survenant la nuit, s'accompagnant de la peur de la mort, paraissant provoqués surtout par du ballonnement stomacal et se terminant, après 20 à 60 minutes de durée, par une crise diarrhéique.

Les troubles gastriques consistent essentiellement en inappétence fréquente, état saburral, pesanteur et renvois acides deux ou trois heures après les repas. Flatulence, Le chimisme est : absence d'HCL, acide lactique excès de mucus.

Constipation avec glaires autour des matières.

Il existe du clapotage vers l'ombilic, colon ascendant perçu en état de spasme. Néphroptose droite.

Ni sucre, ni albumine. Pas de signes cardiaques, ni pulmonaires.

Facies légèrement couperosé et acnéique. Pas de stigmates hystériques.

Léger tremblement vibratoire des mains.

L'acuité auditive est diminuée ; une montre, perçue normalement à 1 m. 50, n'est plus perçue qu'à 0 m. 50. Un peu de des-

quamation du conduit auditif externe près du tympan. Bruits dans les deux oreilles assez fréquents. Un bruit auriculaire précède ordinairement les anxiétés, les malaises nerveux.

*Traitement, régime.* — Noix vomique. Une insufflation d'air dans les trompes. Instillation de glycérine dans les oreilles.

## OBSERVATION XI

(D<sup>r</sup> TOURNIER.)

Mme P..., de Darrieu (Ain), 42 ans.

De tempérament nerveux, impressionnable. Aurait eu de la chlorose lors du début de la menstruation. A eu deux attaques de rhumatisme articulaire, la première à l'âge de 28 ans et il y a deux ou trois ans.

A eu trois enfants, tous morts, l'un mort-né. Mariée en deuxièmes nocces. Son premier mari, dont elle a eu les enfants était alcoolique et épileptique.

La malade s'était mariée à 17 ans.

C'est sept ans après son mariage qu'elle assista à une crise épileptique de son mari, sa frayeur fut très vive. Elle prit elle-même une crise nerveuse de longue durée.

D'ailleurs, un an auparavant, elle avait déjà eu une petite crise hystérique après une discussion avec son mari, qui était brutal.

L'état de son mari s'aggrava. Il eut des accès ambulatoires ; il était extrêmement brutal.

La malade a vécu plusieurs années avec des frayeurs continues, des craintes d'être tuée.

La mort d'une nièce, l'hiver dernier, a aggravé les troubles nerveux qui consistent surtout en idées de tristesses, en pleurs, en angoisses.

Depuis la vue de la crise épileptique de son mari, la malade a la terreur de prendre des crises et c'est sous cette influence, semble-t-il, qu'il s'est développé un syndrome agoraphobique très net avec impossibilité de sortir seule ; au début, angoisse. L'agoraphobie persiste actuellement encore, mais atténuée. Elle a été nettement entretenue par des vertiges, des bruits auriculaires, qui sont de date ancienne.

L'examen des oreilles montre, d'ailleurs, une diminution nette de l'acuité auditive et de la sclérose des tympans.

Depuis huit à dix ans, il existe aussi des troubles gastriques mal caractérisés au début, mais qui se sont affermis depuis deux ou trois ans qui sont : le matin, malaise gastrique et anorexie. Après les repas, phénomène net de rumination ; les aliments remontent dans la bouche, gorgée par gorgée ; ils sont crachés par la malade. De suite, les aliments ne sont pas acides, puis au bout d'une heure, ils sont assez fortement aigres.

Constipation et hémorroïdes. Sang à la tête après les repas. Le faciès est congestionné ; la malade est obèse, il existe, cependant, un souffle anémique.

Pas de signes aux autres organes.

Un repas d'essai a été partiellement rejeté par rumination. Cette portion recueillie a donné une acidité de 1,460 ; celle extraite au bout de deux heures : acidité totale = 4,38 ; HCl libre — 1,46.

*Traitement.* — Une insufflation d'air par les trompes. Bromure de potassium, 2 grammes par jour. Bicarbonate de soude. Régime.

## OBSERVATION XII

(Inédite. — Communiquée par M. le Docteur LANNOIS.)

Mme V..., 35 ans, a toujours été nerveuse ; il lui arrivait fréquemment de prendre des crampes dans les muscles lorsqu'elle était jeune, mais n'a jamais eu de crises hystériques. Elle a présenté très nettement les phénomènes de l'éternuement postprandial ; après le repas de midi, au moment où elle prend du café, elle a des éternuements extrêmement violents, 30 à 40 fois de suite. Ceux-ci se montrent quelquefois mais assez rarement après le café du matin ; elle dit que son père est dans le même état et qu'une de ses sœurs est également très sujette à cet éternuement postprandial. Tous leurs efforts pour se guérir sont demeurés sans résultat.

Il y a six mois, elle a été prise assez brusquement, à la suite de coryza un peu plus marqué, de bourdonnements très intenses dans l'oreille droite, principalement marqués pendant

la nuit et le matin au réveil. En même temps survint du vertige de Menière, très caractérisé, à forme paroxystique avec vomissements. Pensant qu'il s'agissait d'une affection de l'estomac, elle alla consulter M. le Dr Bouveret qui l'engagea immédiatement à faire soigner son oreille droite.

A la date du 5 novembre 1898, on constate que la malade présente une sclérose assez nette des deux tympans, avec épaississement marqué sous forme de brides dans le segment postérieur; le tympan, dans sa totalité, est un peu enfoncé et le triangle lumineux à peine marqué. L'audition est suffisamment bonne à gauche, mais à droite, elle n'entend la montre qu'à 7 ou 8 centimètres. Weber droit. Rinne positif. L'examen du nez ne révèle rien de particulier en dehors d'une légère hypertrophie du cornet moyen. Pharyngite sèche avec quelques granulations. La malade n'a pu venir seule en raison de l'état vertigineux continu où elle se trouve depuis six mois et qui est coupé par des vertiges plus intenses se reproduisant tous les huit jours environ. Les grands vertiges ont deux ou trois particularités assez curieuses : leur fin est annoncée habituellement par du larmoiement, de l'écoulement nasal et des éternuements comme ceux qu'elle a après les repas. Après le vertige il lui reste, pendant quelque temps, une sensation d'éblouissement et même de diplopie passagère.

Elle décrit très bien à part un sentiment d'angoisse et c'est pour cela qu'elle se fait accompagner beaucoup plus que pour le vertige lui-même. Lorsqu'au début elle a essayé de sortir seule, qu'elle voyait le quai et le Rhône devant elle, elle sentait des bouffées de chaleur à la face avec sueurs, de la constriction à la gorge et du dérochement dans les jambes; elle poussait un cri violent en ayant la sensation de tomber dans le Rhône, même lorsqu'elle n'était pas auprès du fleuve. D'autres fois elle avait la sensation qu'elle allait être écrasée par une voiture.

Un traitement par le cathétérisme deux fois par semaine, K Br et liniment calmant autour de l'oreille fut de suite institué. Une amélioration très nette se produisit rapidement, les bourdonnements s'atténuèrent, puis disparurent complètement; l'audition augmenta progressivement, avec lenteur mais sans arrêt et les vertiges disparurent aussi bien que la sensation

d'angoisse agoraphobique. A la date du 17 décembre, elle entendait la montre à 40 centimètres et pouvait être considérée comme à peu près guérie. Elle eut une petite rechute, au moment de Noël, à la suite de la grippe; un vertige reparut assez intense et les sensations angoissantes dans la rue se manifestèrent à nouveau, mais très atténuées. L'audition était retombée à 25 centimètres. Elle se plaignait davantage de sa gorge où l'on fit quelques cautérisations des granulations. Mais très rapidement tous ces accidents disparurent et, en février 1899, on notait que la malade n'avait plus de vertiges, qu'elle allait et venait dans la rue et elle donnait comme preuve de la disparition de l'agoraphobie qu'elle pouvait mettre une voilette ce qui lui était impossible auparavant. Elle entendait la montre à 50 centimètres. Revue à la fin du mois d'avril elle continue à aller très bien et a pu récemment danser toute une nuit à un bal de noces.

#### OBSERVATION XIII

(Inédite, communiquée par M. le Dr LANNOIS.)

Mme C..., 53 ans, a toujours été très nerveuse depuis l'enfance et cet état s'est exagéré, en ces dernières années, par des chagrins violents déterminés par la longue maladie d'un fils qu'elle a perdu, qu'elle savait condamné et auquel il fallait dissimuler son état. Elle n'a jamais eu de crise, mais est trop émotive et pleure avec une grande facilité. Elle dit que les vertiges ont débuté il y a deux ans et demi, alors qu'elle était à la campagne. Mais il semble bien qu'elle en ait déjà eu de légers, il y a cinq ans, à Préfailles, où elle avait conduit son fils malade. Le premier vertige a été brusque, s'est accompagné de bourdonnements intenses dans l'oreille gauche, de chutes et de vomissements qui ont duré trois heures. Ils sont revenus à intervalles irréguliers les jours suivants et elle insiste sur ce point que, dans ces intervalles, son état était absolument normal. Elle resta plus d'un an sans rien présenter de particulier. Puis quelques vertiges revinrent aussi intenses, mais ne durèrent que quelques semaines et furent guéris par la valériane et des insufflations avec la poire de Politzer.

Lorsque je la vois pour la première fois, en 1899, en consulta-

tion avec le Dr Genou, elle a à nouveau des vertiges depuis cinq à six semaines; mais, cette fois, ils ont de la tendance à la forme continue. Tous les matins, au moment du réveil, elle a un bruit de vague très intense, de l'impossibilité de soulever la tête de l'oreiller, de tourner les yeux; elle est dans un état nauséux qui l'empêche de s'alimenter; mais elle ne vomit pas. Dans la journée, ces phénomènes s'atténuent, mais cependant les vertiges reviennent avec la plus grande facilité, si elle fait un mouvement un peu brusque, surtout si elle tourne la tête à gauche.

Elle est très nettement agoraphobe, mais seulement dans la période des vertiges; elle ne peut alors ni marcher seule, ni regarder le Rhône, à côté duquel elle demeure à cause de l'espace qui lui paraît effrayant, ni essayer de traverser le cours Morand. Depuis trois semaines, elle n'est pas sortie de chez elle.

Le tympan gauche est très sclérosé, gris opaque dans sa totalité, très manifestement enfoncé, à manche très horizontal; les replis tympano-malléolaires sont très marqués; on constate de plus un large épaississement fibreux dans le cadran antéro-supérieur et deux replis fibreux à l'ombilic. A droite, il n'y a qu'un épaississement très minime. Elle entend, d'ailleurs, très bien, car l'oreille droite perçoit la montre à 45 centimètres mais la gauche à 10 centimètres seulement. Pas de Weber et Rinne positif des deux côtés, mais très faible à gauche.

La malade a été mise à un traitement dont les pilules de Méglin constituaient la base et a été cathétérisée régulièrement par M. le Dr Genou. Tous les accidents ont disparu assez rapidement.

#### OBSERVATION XIV

(Inédite. — Communiquée par M. le Dr LANNOIS.)

M. B..., 51 ans, est un arthritique appartenant à une famille goutteuse. Je le vois parce qu'il présente depuis quelques semaines des bourdonnements d'oreille avec diminution très sensible de l'audition à droite, autophonie et recrudescence d'un état vertigineux déjà ancien. Il est facile de se rendre compte, soit par l'examen direct du tympan, soit par le cathé-

térisme, qu'il est atteint d'une otite catarrhale avec épanchement; mais le malade, très nerveux et pusillanime, refuse obstinément la paracenthèse du tympan.

Il raconte alors son histoire antérieure, en ce qui concerne les oreilles. Aussi loin qu'il se rappelle, il a toujours été sujet aux affections de la gorge et du nez et, de fait, il présente encore actuellement une pharyngite hypertrophique très nette avec de grosses amygdales et une hypertrophie de ses deux cornets inférieurs. Il a très souvent eu, dans sa jeunesse, des poussées inflammatoires du côté des oreilles; pas de surdité complète, mais diminution très nette de l'acuité auditive.

L'oreille gauche n'entend, en effet, la montre qu'à 8 ou 10 centim., tandis qu'il faut actuellement l'appuyer sur le tragus à droite pour qu'elle soit perçue. Sclérose très manifeste de l'oreille gauche, et également de l'oreille droite, quoique de ce côté il soit moins facile de se prononcer en raison de la présence du liquide. Pas de Weber. Rinne positif à droite, négatif à gauche.

Le plus intéressant est l'histoire névropathique que raconte le malade. Il y a douze ans, ayant depuis quelque temps déjà de légers vertiges, il fut pris, un jour qu'il était assis à la terrasse d'un café, avec un ami, d'un très violent vertige dans lequel il ne tomba pas mais qui le força, pendant plus de vingt minutes, à rester la tête appuyée sur la table qui était devant lui. Il éprouva une émotion violente et, bien qu'on ne parût pas s'être aperçu de son malaise autour de lui, il s'imagina avoir été un spectacle pour la foule et, à dater de ce moment, le malade n'a plus remis le pied sur le pavé de la ville de Lyon en raison de phénomènes agoraphobiques très accentués et qui dérivent manifestement de cette première attaque vertigineuse. A l'idée qu'il pourrait, en traversant une rue ou la place Bellecour, être repris de son ancien vertige, il est pris d'anxiété, de sueurs froides, il est incapable de faire un pas. Il sort, au contraire, très bien en voiture ou en compagnie de sa femme dont il tient le bras.

Ce ne sont pas seulement les rues et les places qui lui causent l'angoisse agoraphobique, mais encore les grands espaces clos; il ne peut aller au théâtre, sauf dans de petites loges très proches de la scène et d'où il ne regarde jamais la salle.

Il y a peu de temps, il a eu à marier sa fille et a été pris de terreur à l'idée qu'il lui faudrait traverser en tête du cortège la grande nef de l'église St-François. Pendant plus de trois semaines avant la cérémonie, il se faisait conduire à l'église et s'habituaît peu à peu, avec un domestique dont il tenait fortement le bras, à pénétrer d'abord dans les chapelles latérales, puis dans les bas côtés et, enfin, dans la nef centrale. Par un phénomène assez singulier cette agoraphobie existe très peu lorsque le malade est à la campagne; un des médecins qu'il a consultés, lui ayant suggéré qu'en sa qualité de chasseur il pouvait se contenter de la compagnie d'un chien, sans aller très loin, il peut, en effet, sortir et fait des promenades avec un chien d'arrêt.

Il a, d'ailleurs, d'autres phénomènes phobiques. C'est ainsi que, s'il est dans la rue au bras de sa femme et qu'il entende, pendant quelque temps, une personne marcher derrière lui, il est obligé de la laisser passer, sinon il a de l'angoisse avec constriction thoracique et dérobement des jambes.

Après un traitement infructueux d'une quinzaine de jours par des cathétérismes simples, le malade se décida à se laisser faire la paracenthèse qui fut répétée trois fois, donna issue à un liquide clair ambré, ce qui amena un rapide soulagement. Il est parti à la campagne dans un état satisfaisant.

---

## CONCLUSIONS

---

1° Parmi les conditions déterminantes qui font surgir la manifestation agoraphobique sur un fond névropathique les lésions auriculaires nous ont paru être des causes fréquentes, non exclusives, mais peu remarquées.

2° L'agoraphobie consécutive aux affections de l'oreille ne doit pas être confondue avec l'appréhension fréquente et rationnelle des vertiges chez un vertigineux. Elle est l'expression d'un état morbide dont l'angoisse est le caractère fondamental.

3° L'agoraphobie d'origine auriculaire n'est, le plus souvent, cependant que la transformation anxieuse de la crainte légitime des vertiges chez un vertigineux.

4° Elle est, néanmoins, susceptible de dériver primitivement des troubles de l'audition et non de ceux de l'équilibration.

5° Le pronostic et le traitement de l'agoraphobie d'origine auriculaire sont sous la dépendance de deux facteurs : 1° l'état névropathique ; 2° la lésion auriculaire et il conviendra généralement de les attaquer simultanément.

VU :

*Le président de la thèse,*

LÉPINE.

VU :

*Le doyen,*

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le recteur, président du Conseil  
de l'Université,*

G. COMPAYRÉ.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- WESTPHAL. — *Arch. fur Psychiatrie*, 1872.  
CORDES. — *Arch. fur Psychiatrie*, 1872.  
WEBER. — Agoraphobia, *Boston medic. and surg. Journal*, 1872.  
WILLIAMS. — Agoraphobia, *Boston medic. and surg. Journal*, 1872.  
BROWN-SEQUARD. — *Arch. of scientific and pratic. med.*, 1873.  
PERROUD. — *Lyon Médical*, 1873.  
*Annales de la Société médico psychologique*, 1876.  
A. RITTI. — Folie avec conscience : Dict. Encyclopédique des Sciences médicales, 1877.  
WESTPHAL. — *Arch. fur psych.*, 1877.  
LEGRAND DU SAULE. — *Gazette des Hôpitaux*, 1877.  
LEGRAND DU SAULE. — Essai clinique sur la peur des espaces, 1878.  
BONGRAND. — Thèse de Paris, 1878.  
BOURDIN. — Thèse de Paris, 1878.  
CORDES. — *Arch. f. psychiatrie*, 1879.  
EYSELEIN. — *Med. et Chir. Centralblatt. Wien*, 1881.  
LOWENFELD. — *Arztl. Int. Bl. München*, 1882.  
POTTER. — Agoraphobia, *Chicago Med. Journ. et Exam.*, 1882.  
STATHAKOPOULOS. — *Journ. prat. des Med. grecs*, Athènes, 1883.  
WIHTE. — Agoraphobia, *Lancet*, London, 1884.  
CHERBEWSKY. — *Vratch*, St-Petersbourg, 1884.  
CHERBEWSKY. — *Revue de Médecine de Paris*, 1885.  
LEGRAND DU SAULE. — *Journal des Praticiens*, 1885.  
SURGEON. — Agoraphobia, *Lancet*, London, 1885.  
DOYEN. — Thèse de Paris, 1885.

- RUTTLE. — Agoraphobia (Cirrh. hépat. et endart. deformans),  
*Dod Hygeia*, Stockolm, 1886.
- VAN HORN. — Un cas d'agoraphobie, *Chicago Med. J. et Exam*,  
1886.
- BLODGETT. — Un cas d'agoraphobie, *Boston M. et S. J.*, 1887.
- PITRES. — *Progrès Médical*, 1890.
- COMBEMALE. — De l'agoraphobie, *Bulletin Médical du Nord*, 1890.
- BOUVERET. — La neurasthénie (2<sup>e</sup> édition), 1891.
- BOURTOIS-SUFFIT. — Un cas d'agoraphobie, *Gazette des Hôpitaux*,  
1891.
- NEIDEN. — *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1891.
- SCHREIBER. — *Wien Med. Wochenschrift*, 1891.
- FERÉ. — Pathologie des émotions, 1892.
- MATHIEU. — Neurasthénie, 1892.
- BONNIER. — *Progrès Médical*, 1892.
- MAGNAN. — Leçons cliniques, 1893.
- BÉRILLON. — *Bulletin et Mémo. de la Société de Médecine et Chirurgie pratiques de Paris*, 1893.
- TAYLER. — *New-York médical Journal*, 1893.
- BONNIER. — Vertige. Collection Rueff, 1893.
- GELINEAU. — Les peurs morbides, 1894.
- BÉRILLON. — *Revue de l'Hypnotisme*, 1894.
- SCHESLINGER. — Diverses formes d'agoraphobie., 1894.
- ROBERT. — Agoraphobie auriculaire. *Revue de Médecine et Chirurgie pratiques de Madrid*, 1894.
- MAGNAN et LE GRAIN. — Les dégénérés. Coll. Rueff, 1895.
- MARREL. — Th. de Paris. Les phobies, 1895.
- SOTTAS. — Un cas d'agoraphobie, *Médecine moderne* Paris, 1895.
- LANNOIS et TOURNIER. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1898.
- Bulletin de la Société française d'Otologie et de Laryngologie*, 1898.



